

石川町長 様

令和 年 月分 子ども医療費請求書

社 保 等 用	市町村番号				県番号	医療機関コード							
	0	7	1	0	8	4	0	7					

保険医療機関等の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

印

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

明細書枚数 枚	件 数 件	総 点 数 点	請 求 額	
			一部負担金 円	食事療養費標準負担額 円